

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1928-1929 — N° 194

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
TRAITEMENT
DU FURONCLE ET DE L'ANTHRAX
DES LÈVRES

THÈSE POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

Mention " MÉDECINE "

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 22 mars 1929

PAR

José Dolores MÉJIA

CONSUL DE LA RÉPUBLIQUE DOMINICAINE A BORDEAUX

Né à SANTO DOMINGO (République Dominicaine), le 18 novembre 1897.

Examineurs de la Thèse	{	MM. CHAVANNAZ, professeur....	Président.
		GUYOT, professeur	Juges.
		PAPIN, agrégé	
		CHARRIER, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1929



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548427_0008

UNIVERSITE DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1928-1929 — N° 194

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT

DU FURONCLE ET DE L'ANTHRAX

DES LÈVRES

THÈSE POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

Mention " MÉDECINE "

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 22 mars 1929

PAR

José Dolores MÉJIA

CONSUL DE LA RÉPUBLIQUE DOMINICAINE A BORDEAUX

Né à SANTO DOMINGO (République Dominicaine), le 18 novembre 1897.

Examineurs de la Thèse	{	MM. CHAVANNAZ, professeur	<i>Président.</i>
		GUYOT, professeur	<i>Juges.</i>
		PAPIN, agrégé	
		CHARRIER, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1929

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, POUSSEON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH,
RIVIÈRE, BARTHE, LE DANTEC.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	VERGER	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAET.	Médecine expérimentale.....	MAURIAC.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie..	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales...	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants..	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.	SABRAZES.	Chimie biologique et médicale.....	DENIGÈS.
Anatomie.....	VILLEMEN.	Physique médicale et pharmaceutique....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie..	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. DELAUNAY (Physiologie). MICHELEAU, LEURET, DUPÉRIÉ (Médecine générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.		MM.	
Anatomie	DUBECQ.	Chirurgie générale	PAPIN.
Histologie	LACOSTE.	id.	JEANNENEY.
Anatomie pathologique	MURATET.	id.	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles	R. SIGALAS.	id.	LOUBAT.
Médecine générale	CREYX.	Obstétrique	PERY.
id.	N.	id.	FAUGÈRE.
id.	AUBERTIN.	Ophtalmologie	BEAUVIEUX.
id.	DAMADE	Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
id.	PIÉCHAUD.	Pharmacie	GOLSE.
Maladies mentales	PERRENS.		



COURS COMPLÉMENTAIRES :

BIBLIOTHEEK		MM.		MM.
Clinique dentaire	LEIDEN	CAVALIÉ.	Puériculture	N.
Médecine opératoire		PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmac.	N.
Accouchements		FAUGÈRE.	Pharmacie chimique	GOLSE.
Ophtalmologie		CABANNES.	Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. MM. N.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MES PARENTS
ET DE MON FRERE ROGELIO

A MA FEMME

A MES BEAUX-PARENTS

A MES SOEURS ET FRERES

A TOUS LES MIENS

A MADAME DIONISIA BELLO

A MES AMIS

A MES MAÎTRES :

MESSIEURS LES DOCTEURS A. GRULLON, F.-A. DEFILLO,
H. VALDEZ, S. GAUTIER, O. DEL POZO,
P. TRONCOSO, C. FIALLO, FRÈRES COISCOU.

A MES ANCIENS MAITRES
DE LA FACULTE DE MEDECINE DE SANTO-DOMINGO
(RÉPUBLIQUE DOMINICAINE).

A MES MAITRES
DE LA FACULTE DE MEDECINE DE BORDEAUX

A MONSIEUR LE PROFESSEUR C. SIGALAS,

*Doyen de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux,
Correspondant national de l'Académie de médecine,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR G. CHAVANNAZ,

*Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Bordeaux,
Correspondant national de l'Académie de médecine et de la Société de chirurgie
de Paris,*

*Chevalier de la Légion d'honneur,
Décoré de la médaille interallée et de la médaille de la Victoire,
Officier de l'Instruction publique.*

Qu'il veuille trouver ici le témoignage
de ma respectueuse et profonde reconnaissance.

AVANT-PROPOS

Au moment de quitter Bordeaux et la Faculté de médecine et de pharmacie, où nous avons terminé nos études, il nous est agréable de rendre hommage aux Maîtres qui ont dirigé nos premiers pas comme à ceux qui, par leur enseignement et leur exemple, ont contribué à l'achèvement de notre éducation et de notre instruction médicale.

Nous remercions en premier lieu nos Professeurs de la Faculté de médecine de Santo Domingo, qui, dès le début de nos études, ont su nous inculquer l'amour de notre profession, et, par leur application, nous ont fait paraître moins arides nos premières études.

Que nos Maîtres de la Faculté de Bordeaux veuillent bien trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance, non seulement pour la qualité de leur profitable enseignement et le dévouement avec lequel il nous l'ont prodigué, mais encore pour leur bienveillant accueil et leur précieuse sollicitude. Plus particulièrement, nous remercions MM. les Professeurs Verger, Guyot, Portmann, Teulières, Cassaët, Carles, Duvergey, Lagrange (*in memoriam*), Bégouin, Abadie, W. Dubreuilh, Cruchet, Sellier, Le Dantec, Duperié, Petges, Sabrazès, Auché, Lande, et MM. les Professeurs agrégés E. Aubertin, Creyx, Jeanneney, Papin, Charrier, Perrens, Muratet.

A M. le Professeur Chavannaz, qui a bien voulu nous donner le sujet de ce travail et nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, nous sommes profondément reconnais-

sant de sa grande bienveillance, de sa sollicitude et des excellents conseils qu'il nous a prodigués.

Nous adressons le témoignage de notre affection aux amis et aux camarades dont l'aimable accueil et la sincère amitié ont été pour nous un inappréciable réconfort pendant notre séjour à Bordeaux.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT DU FURONCLE ET DE L'ANTHRAX

DES LÈVRES

I

DEFINITION

Le furoncle et l'anthrax sont deux degrés d'extension d'une même affection cutanée circonscrite dont la définition comprend trois éléments :

Un élément étiologique : l'action du staphylocoque (*Staphylococcus pyogenes aureus*), notion établie par Pasteur en 1880;

Un élément anatomique : la localisation de l'infection à l'appareil pilo-sébacé, comme l'a établi Richet;

Un élément anatomo-pathologique : la tendance au sphacèle des éléments envahis, qui sont éliminés, comme une « eschare glandulaire » (Trélat), sous forme de masses mortifiées qu'on appelle *bourbillon*.

On appelle furoncle l'atteinte d'un seul follicule pilo-sébacé. L'anthrax n'est que la « réunion de plusieurs furoncles juxtaposés » (Follin), reproduisant chacun pour son compte les phénomènes que présente un furoncle isolé.

Mais tandis que furoncle et anthrax, quand ils siègent sur les membres ou sur le tronc, ont une évolution le plus souvent bénigne, ceux de la face et, plus particulièrement parmi eux, ceux de la lèvre supérieure offrent une gravité toute spéciale et se terminent trop souvent par la mort.

On conçoit dès lors combien l'étude des causes de cette gravité a suscité de recherches et combien il est intéressant de savoir s'il nous est possible d'améliorer le pronostic de cette affection redoutée et par quel traitement nous aurons le plus de chances d'y arriver.

II

HISTORIQUE

Le furoncle a été précocement individualisé et séparé des autres affections cutanées. Les discussions ont porté, au cours du xix^e siècle, sur le siège anatomique de l'infection. Dupuytren (thèse Levillain, Paris, 1829) et à sa suite Hénocque en faisaient une inflammation des paquets de tissu cellulo-adipeux renfermés dans les aréoles profondes du derme, inflammation qui entraînait leur étranglement dans ces logettes inextensibles, puis leur sphacèle, qui formait ainsi le bourbillon. Gendrin, Denonvilliers, Gosselin, Nélaton, acceptaient le même siège, mais assimilaient les alvéoles du derme à une séreuse dont l'inflammation dans le furoncle constituait une sorte d'hygroma aigu et entraînait la formation d'un exsudat pseudo-membraneux, qui n'était autre que le bourbillon. C'est Richet, soutenu par Trélat, qui, le premier, localisa l'infection à l'appareil pilo-sébacé, et, malgré les efforts de Verneuil, Danielpoulo, Denucé, qui voulaient étendre le furoncle à l'infection de toutes les glandes tégumentaires (glandes sudoripares, glandes des muqueuses), c'est la définition de Richet qui a prévalu.

L'anthrax, avant la fin du xvm^e siècle, était confondu avec les manifestations extérieures du charbon, et c'est seulement à cette époque qu'on commença à étudier avec précision la pustule maligne et à la différencier des lésions qui peuvent la simuler. En 1780, l'Académie de Dijon met au concours l'étude du charbon et couronne le mémoire de Thomassin et Chambon. Quelques années plus tard, après de violentes discussions, elle

accueille les travaux de Churssier et d'Essaux, qui furent publiés à Lyon en 1784. La distinction clinique entre anthrax et charbon commence à se faire.

Au siècle dernier, de 1850 à 1863, la découverte et l'étude de la bactériémie charbonneuse par Rayet et Davaine ont ouvert une voie plus féconde, et la distinction entre le charbon, d'origine parasitaire, et l'anthrax est reconnue. Cependant, longtemps encore, on conserve le nom d'anthrax pour désigner à la fois l'affection connue actuellement sous ce nom et les manifestations extérieures du charbon. La première était désignée sous le nom d' « anthrax malin »; la deuxième sous celui d' « anthrax bénin ». Mais on s'est aperçu que l'anthrax dit « bénin » ne méritait pas toujours ce qualificatif, en particulier dans certaines de ces localisations et, peu à peu, l'usage s'est établi de réserver le nom d'anthrax, sans qualificatif, aux manifestations non charbonneuses que les devanciers appelaient « anthrax bénin », bien que, par son étymologie, ce terme soit parfaitement impropre, comme d'ailleurs les termes étrangers correspondants : carbuncle, karbunkel, carbone, carbunculo, etc.

A mesure que l'anthrax avait été différencié du charbon, il avait été rapproché du furoncle, puisque Follin, dans son *Traité de pathologie externe*, le décrit comme « une inflammation spéciale du tissu cellulaire sous-cutané, qui ressemble au furoncle par sa constitution anatomique... », et qu'il se demande s'il ne s'agit pas simplement d'une « agglomération de furoncles juxtaposés ». En 1880, la découverte du staphylocoque, par Pasteur, dans le pus des furoncles, et les études consécutives de nombreux auteurs confirmaient cette similitude que l'on avait cliniquement établie entre le furoncle et l'anthrax.

Mais déjà avait été signalée de façon nette la gravité spéciale des furoncles et anthrax de la face, et plus particulièrement de ceux de la lèvre supérieure. Diverses théories avaient été émises pour expliquer cette gravité.

Les premières n'ont pas établi de rapprochement entre la gravité de ces furoncles et anthrax et leur siège et attribuent

celle-là, les uns à un « virus de nature maligne », les autres à l'état général du sujet.

Les Anglais, plus particulièrement, font jouer à la nature du virus, que l'on confond avec le charbon, ou qu'on en rapproche plus ou moins, le principal rôle dans la gravité du furoncle de la face et des lèvres. Buxton, en 1820, cite le cas d'un diabétique qui succombe avec une fluxion violente de la face, qui paraît avoir été un anthrax compliqué. Brodie, en 1846, raconte qu'il a eu à soigner un homme pour un anthrax du nez accompagné d'un monstrueux gonflement du visage. Harvey Ludlow, en 1852, Brid de Bristol, Stephenson, Thomas Smith, rapportent des cas analogues. Le journal *The Lancet* publie en 1851 et en 1852 des articles sur les anthrax des lèvres, signalant leur gravité et rapportant des observations dues à Stanley et Lloyd. Cette gravité est signalée encore par Weber de Kiel, en 1857, et, au cours de discussions intéressantes, en 1858, à la Société de médecine de Berlin, auxquelles prirent part Virchow, Schultz, de Graefe. En 1862, Paget insiste à nouveau sur le mauvais pronostic des furoncles et anthrax de la face, pronostic qui est en rapport, dit-il, avec la malignité du virus. En 1865, Denucé, au Congrès médical de Bordeaux, arrive à la même conclusion à propos des furoncles de la face dans son rapport sur les formes malignes du furoncle et de l'anthrax.

D'autres auteurs rattachent cette gravité à l'état diathésique de l'individu (diabète, albuminurie, surmenage), comme Prout en 1840, Marchal (de Calvi), Wagner en 1857, qui publie deux cas suivis de mort, Desprès en 1877.

La gravité des furoncles et de l'anthrax de la lèvre est enfin attribuée simplement au siège de l'affection.

Certains auteurs, avec Verneuil et Daniclopoulo, ayant été frappés par les lésions que présentait la muqueuse, rapportent cette gravité au fait qu'il s'agit d'une inflammation d'une muqueuse.

D'autres, à la suite d'un médecin danois, Trüde, qui, en 1860, attira l'attention sur des lésions que présentait le riche

réseau veineux de la face dans ces maladies, attribuèrent à ces lésions l'importance qu'elles méritent, et que les modernes lui accordent aujourd'hui.

Après lui, Follin dans son *Traité de pathologie externe*, Dubreuil en 1863, Nadaud en 1864 dans sa thèse de doctorat, Ledentu, Guttemberg, Trélat en 1865, Reverdin enfin en 1870 dans son mémoire original très important, firent ressortir l'importance du rôle joué par la phlébite des veines de la face dans l'extension locale et générale de l'infection et dans l'apparition des complications des furoncles et anthrax de la lèvre supérieure. Depuis Reverdin, les modernes n'ont fait que confirmer les théories de cet auteur, et les recherches se sont plus spécialement orientées vers le traitement de cette redoutable affection. Nous étudierons et nous discuterons plus utilement les conclusions de leurs travaux à propos du traitement.

III

ETIOLOGIE

L'étiologie générale des furoncles et anthrax peut s'appliquer à l'anthrax de la lèvre supérieure. Ici, comme dans ses autres localisations, l'anthrax reconnaît, par définition même, comme cause déterminante le *staphylococcus pyogenes aureus*, découvert par Pasteur en 1880. Les mêmes causes prédisposantes locales entrent en jeu. Le microbe qui va envahir le système pilo-sébacé vient de la peau, tout au moins dans la majorité des cas. Or, normalement, il ne peut pas pénétrer dans le follicule, le poil étant très enserré par sa gaine d'une part, d'autre part l'écoulement de matière sébacée qui se fait en sens inverse du chemin suivi par le microbe gênant sa pénétration. Il faut donc des circonstances locales spéciales pour que cette invasion ait lieu : une preuve en est dans la localisation très fréquente à un seul follicule pileux, alors que les poils sont si nombreux dans une région où ils ont été tous soumis aux mêmes causes de contamination. On a fait jouer un grand rôle à l'irritation des parties découvertes du corps par la lumière, les poussières, etc. Pour le furoncle de la lèvre supérieure, il faut aussi tenir compte de l'irritation provoquée par l'écoulement du mucus nasal. Aussi certains auteurs ont-ils conclu à la très grande fréquence des anthrax ou furoncles de la lèvre supérieure par rapport à celle des anthrax ou furoncles des autres régions du corps. A vrai dire, les anthrax de la lèvre supérieure sont tellement plus graves que ceux des autres parties du corps qu'ils frappent beaucoup plus vivement l'attention, mais ils ne paraissent pas plus fréquents.

Les causes prédisposantes générales sont les mêmes que celles qui interviennent chez tous les furonculeux. On a incriminé

en premier lieu toutes les causes d'affaiblissement de l'organisme, toute atteinte de l'état général : fatigue, surmenage, intoxications (plus particulièrement l'intoxication alimentaire), maladies chroniques (albuminurie, diabète, etc.). Cependant, à la lecture des observations des cas d'anthrax de la lèvre supérieure qui ont été publiées, on est frappé de voir que, très souvent, il s'agit de sujets ayant, au moment où ils ont été frappés, toutes les apparences d'une bonne santé, parfois même de personnes très robustes, comme dans nos observations.

D'autre part, la question des rapports du diabète et de l'anthrax en général, et même plus particulièrement de l'anthrax de la lèvre supérieure, a été fort débattue. L'ont successivement étudiée : Prout en 1840, Duncan et Cheselden en Angleterre, Marchal (de Calvi), plus tard Charcot, Cabanellas, Vulpian et de nombreux auteurs dans leurs thèses inaugurales. Il semble que de tous ces travaux on puisse conclure, ainsi que le faisait Bougan dans sa thèse :

a) Que le furoncle et l'anthrax font partie de ces « petits accidents du diabète », qui attirent l'attention et même mettent parfois sur la voie du diagnostic de cette maladie;

b) Que l'anthrax de la lèvre supérieure peut produire une glycosurie transitoire, mais seulement dans la proportion où le font une cause d'affaiblissement quelconque ou même une simple contrariété (Demange, *in Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, article *Diabète*);

c) Que le diabète n'est pas extrêmement fréquent dans le furoncle de la lèvre supérieure (Polaillon, dans 25 cas d'anthrax, relève 5 cas de diabète), et surtout que l'anthrax ne paraît guère plus fréquent chez le diabétique que chez les autres sujets. Mais, par contre, il faut retenir que, chez eux, il est plus grave, cette gravité paraissant pouvoir être attribuée à l'hyperglycémie des diabétiques, dont le sérum constitue ainsi un meilleur milieu de culture pour le staphylocoque que le sérum normal.

L'âge paraît jouer un rôle important, et il s'agit très souvent de sujets jeunes. C'est ainsi, par exemple, que, dans les

7 cas rapportés par Verneuil dans la *Gazette de médecine et de chirurgie*, pour 3 malades de 40 à 45 ans, on en trouve 4 de moins de 25 ans. Reverdin publie un cas chez une femme de 24 ans, Morestin chez un malade de 26 ans, Bailey rapporte 3 observations et, dans 2 cas, il s'agit de jeunes filles de 18 et 16 ans.

Si l'étiologie des furoncles et anthrax de la lèvre supérieure ne présente pas de point spécial, l'étude de la fréquence, des causes et de la pathogénie des accidents qui viennent trop souvent compliquer ces affections est extrêmement utile, car c'est elle qui pourra nous donner des directives dans le choix et la mise en œuvre de leur traitement.

En premier lieu, il est difficile de savoir dans quelles proportions se montrent ces accidents graves, car si les cas compliqués sont volontiers publiés par les auteurs, combien en est-il qui, guérissant sans complications, passent inaperçus ? Ce que nous pouvons savoir, c'est la gravité des furoncles de la lèvre supérieure par rapport aux furoncles des autres régions de la face. En effet, Reverdin a publié une statistique de 45 cas de furoncles de la face s'étant terminés par la mort. Sur ces 45 cas, 29 fois il s'agissait de furoncles des lèvres (9 fois à la lèvre inférieure, 3 fois aux commissures, 17 fois à la lèvre supérieure), 5 fois il s'agissait de furoncles du nez, ayant deux fois atteint la lèvre supérieure. Si nous admettons que les furoncles de la commissure intéressaient fatalement la lèvre supérieure et que nous comptons les 2 cas de furoncles du nez qui sont signalés comme ayant atteint la lèvre supérieure, nous voyons que, sur 45 cas mortels de furoncles de la face, 22 fois, c'est-à-dire dans la moitié des cas, le furoncle intéressait la lèvre supérieure.

Le furoncle de la lèvre supérieure est incontestablement grave : à quoi tient cette gravité ? Nous avons déjà vu que plusieurs théories avaient été émises pour l'expliquer :

a) Les Anglais et les Allemands (Lloyd et Stanley, Stephenson, Weber, etc.) confondent ou rapprochent l'anthrax et le charbon ;

b) Verneuil, frappé de voir les bourbillons l'éliminer souvent par la muqueuse, dit que les furoncles de la lèvre supérieure sont graves parce que ce sont des furoncles d'une muqueuse, et établit en principe que les furoncles d'une muqueuse (?) sont plus graves que ceux de la peau;

c) Il se joint aussi à d'autres auteurs qui font jouer un rôle important à la glycosurie, bien que celle-ci ne soit pas plus fréquente que dans les autres furoncles, qui sont moins graves, qu'elle soit loin d'exister dans tous les cas mortels, qu'elle existe parfois dans des cas non mortels.

La fréquence de cette phlébite des veines de la face trouve elle-même son explication dans la constitution anatomique de la lèvre supérieure et dans sa physiologie. C'est en effet une région en perpétuel mouvement dans la vie normale, que ce soit pendant la mastication, la parole, la mimique même, et nous connaissons l'importance du repos dans l'évolution de toute lésion inflammatoire. D'autre part, le réseau vasculaire de la lèvre supérieure, très bien étudié dans la thèse de Chabbert, est extrêmement riche, d'où la multiplication des points de contact entre le foyer inflammatoire et les vaisseaux et la plus grande facilité de l'infection de ceux-ci. Si on remarque en outre que la lèvre contient peu de tissu conjonctif, est constituée surtout par des faisceaux musculaires, insérés à la face profonde du derme et inextensibles, on comprend combien intime est le contact entre les vaisseaux et le foyer inflammatoire rapidement comprimé dans un derme très serré. Ceux-là sont en effet rapidement thrombosés. L'abondance des anastomoses des veines de cette région explique la rapide propagation de la phlébite aux territoires voisins.

De là les microbes peuvent facilement être déversés dans la circulation générale (d'où septicémie) ou gagner de proche en proche la veine faciale, puis la veine angulaire, la veine ophtalmique et enfin le sinus caverneux, amenant les graves accidents bien connus de phlébite des sinus.

IV

ETUDE CLINIQUE

Melchior et, après lui, Sénèque et son élève Vernholes, dans sa thèse, ont protesté avec juste raison contre la confusion, sous la même étiquette générale de furoncle ou anthrax de la lèvre supérieure, de modalités de cette affection très variables comme évolution, comme pronostic et comme indications thérapeutiques. Ils ont distingué des formes malignes et des formes bénignes, qui ne se différencient d'ailleurs que par leur évolution, le début étant le même pour toutes ces formes.

Dans tous les cas, l'attention du malade a été attirée par une sensation de démangeaison, de picotements. Dans la région prurigineuse, l'exploration par la pression avec la pulpe d'un doigt réveille une douleur vive en un point très localisé. A ce niveau on voit une petite élevation rouge, acuminée, le plus souvent centrée par un poil et surmontée parfois d'une petite vésicule remplie d'une sérosité sanguinolente. Le plus souvent le malade cherche à percer cette vésicule et à l'exprimer.

Le tableau clinique va changer à partir de ce moment suivant la forme. Dans les « *formes bénignes* », on peut observer soit le furoncle simple, soit le furoncle « avec abcès furonculoux ». Le *furoncle simple* présente les caractères du furoncle banal d'une région quelconque du corps, furoncle bien circonscrit à un seul follicule pilo-sébacé et sans grosse réaction inflammatoire. Après le début que nous avons indiqué, la saillie augmente de volume, atteint celui d'une noisette ou d'un œuf de pigeon au maximum, tout en gardant sa forme conique.

Elle est rouge violacé et entourée d'une zone œdématisée, rouge, à limites périphériques imprécises. La tumeur elle-même est chaude, très dure, extrêmement douloureuse à la pression et même au moindre attouchement. Les douleurs spontanées sont lancinantes, pulsatiles, très violentes. Vers le troisième ou quatrième jour, un point jaunâtre, recouvert d'une mince pellicule épidermique, apparaît au sommet de la petite tumeur. Cette mince pellicule se soulève, se perforé, en laissant échapper une gouttelette de pus. Il persiste une petite perforation, taillée à l'emporte-pièce, dont les bords sont à pic, le fond jaune verdâtre constitué par le bourbillon. Par cet orifice, il s'écoule constamment un peu de pus. Dès ce moment, les douleurs spontanées sont devenues un peu moins violentes. Aux environs du dixième jour, le bourbillon s'élimine spontanément, laissant une cavité plus ou moins importante, taillée à pic, un cratère qui se comble rapidement de bourgeons charnus. Dès l'élimination du bourbillon, les douleurs cessent. Dans les jours qui suivent, l'inflammation cède, la tumeur diminue de volume et la peau reprendrait son aspect normal s'il ne persistait une cicatrice, d'abord violacée, qui pâlit peu à peu, mais reste indélébile. Toute l'évolution s'est faite sans atteinte sérieuse de l'état général. Tout au plus, avant l'expulsion du bourbillon, a-t-on pu observer un peu de fièvre, de céphalée, d'insappétence.

A côté de cette forme se range une deuxième forme anatomo-clinique : le *furuncle avec abcès périfurunculeux*, aussi bénigne dans son évolution, qui ne se différencie de la première que par l'extension de l'infection autour du follicule pilo-sébacé, qu'elle a débordé au lieu de s'y cantonner. Il se forme alors, à côté du bourbillon, un petit abcès interstitiel. Cliniquement, le furuncle est plus douloureux que précédemment. Il est entouré d'une zone plus large d'œdème inflammatoire plus marqué, tendu, douloureux. Cet œdème est important surtout sur la face muqueuse de la lèvre. Celle-ci, épaissie, est plus ou moins éversée et peut présenter du côté de la bouche de petits amas jaunâtres, se perforer à leur niveau et laisser écouler

du pus. Mais les signes généraux sont aussi peu intenses que précédemment.

Les « *formes malignes* » (formes sévères de Sénèque, furoncle malin de la lèvre supérieure de Melchior) peuvent tirer leur malignité soit des complications locales, soit de complications générales. Quelles qu'elles soient, leur début est identique à celui que nous avons décrit pour le furoncle simple. Mais elles s'accompagnent d'une atteinte sérieuse de l'état général.

Les formes malignes, par leurs *complications locales*, sont le plus souvent liées à l'extension de l'infection d'un follicule aux follicules voisins (ce qui détermine un anthrax) ou aux veines de la face (phlébite). Mais, si habituellement la forme maligne des furoncles de la face est anatomiquement un anthrax, on peut très bien observer des anthrax sans gravité. Il faut qu'à ces caractères d'extension locale s'ajoutent des troubles généraux graves pour que soit constituée cette forme maligne. Cliniquement, après un début qui ne se distingue en rien de celui des furoncles les plus anodins, très souvent à la suite de grattage, de tentatives d'expression du petit bouton qui gênait le malade, celui-ci est pris de frissons, il est abattu, adynamique et présente une fièvre élevée. En même temps, le visage se tuméfie considérablement au point de devenir monstrueux. L'œdème, unilatéral le plus souvent, bilatéral parfois, peut s'étendre jusqu'aux yeux. C'est un œdème dur, ne laissant pas de godet après la pression, sauf dans les régions où le tissu cellulaire sous-cutané est très lâche (paupières, front). Il est assez important parfois pour masquer à première vue la lésion primitive, furoncle ou anthrax, que cependant on peut dans ces cas retrouver, à un examen attentif, sous forme d'une petite croûte ou d'un noyau plus dur, ligneux, de coloration bleuâtre. Cet œdème est souvent extrêmement douloureux à la pression, aussi bien que spontanément. La mort peut survenir après accentuation des signes généraux ou après une des complications que nous allons étudier. La guérison peut aussi s'observer soit simplement après évacuation du ou des bourbillons et rétrocession des phénomènes inflammatoi-

res, soit même parfois après l'apparition d'une phlébite qui guérit (trois cas de Labattu) avec ou sans formation d'un ou de plusieurs abcès phlébitiques.

Les formes malignes, par leurs complications générales, peuvent succéder soit à un furoncle bénin, soit à un furoncle qui présentait déjà les complications locales précédentes. Ces complications générales sont la septicémie et la thrombo-phlébite du sinus caverneux.

La septicémie s'annonce par l'intensité des signes généraux (frissons répétés, températures à grandes oscillations, signes d'intoxication générale, formation d'abcès métastatiques (abcès périnéphrétiques très souvent d'après Verneuil, abcès du poumon, pleurésie purulente, etc.), présence de staphylocoques dans le sang mise en évidence par l'hémoculture. Le terme en est très souvent la mort.

La thrombo-phlébite du sinus caverneux est en général précédée d'un empâtement douloureux le long du trajet de la veine faciale, qui peut même être transformée en un cordon dur, de l'extension de l'œdème vers l'angle interne de l'œil. Les premiers signes de cette thrombo-phlébite sont le chémosis, qui forme un bourrelet rosé autour de la cornée, et l'exophtalmie, liée à l'œdème du tissu rétrobulbaire. Elle peut être considérable. Le globe, projeté en avant, est complètement immobile, recouvert en partie par la paupière supérieure œdématiée. La terminaison est fatalement la mort, à de très rares exceptions près, par septicémie ou plus souvent par complication de voisinage : méningite, abcès du cerveau.

Enfin nous devons signaler une autre forme clinique du furoncle de la lèvre supérieure : la forme torpide, qu'on observe surtout chez des vieillards ou des sujets très affaiblis. Les signes généraux sont relativement peu importants, l'évolution en est lente, et cependant elle se termine par la mort, comme dans les formes malignes, par septicémie ou par thrombo-phlébite du sinus caverneux.

V

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'anatomie pathologique du furoncle et de l'anthrax en général est bien connue. Nous en rappellerons les principaux éléments parce qu'ils nous permettront d'étudier plus facilement les lésions qui sont spéciales à ceux de la lèvre supérieure.

Dans le furoncle, l'appareil pilo-sébacé est le centre où les phénomènes inflammatoires sont le plus marqués. Autour de lui, une zone excentrique, que l'on peut appeler périfocale, de dimensions variables suivant le degré de l'infection, présente les lésions habituelles de l'infection (leucocytes extravasés, prolifération embryonnaire du tissu conjonctif), qui vont progressivement en diminuant vers la périphérie. Tout l'appareil pilo-sébacé se mortifie sous l'influence des toxines microbiennes. Les masses sphacélées se délimitent, forment une masse spongieuse gris jaunâtre caractéristique : le bourbillon. Celui-ci s'élimine à l'extérieur à travers un petit orifice laissé par la chute d'une petite eschare de la peau. L'examen microscopique du bourbillon permet d'y reconnaître, plus ou moins détruits, les éléments qui ont été sphacelés : fibres conjonctives et fibres élastiques, cellules épithéliales mortifiées, vestiges de la glande sébacée, entourant de gros amas de staphylocoques. Parfois, la zone de mortification s'étend au delà de l'appareil pilo-sébacé et il se produit de petits abcès « périfurunculieux », suivant l'expression de Sénèque.

Dans l'anthrax, amas de furoncles, les lésions, pour chaque furoncle le constituant, sont les mêmes que celles que nous venons de décrire. Mais il y a confluence des zones inflammatoires périfocales, qui forment ainsi une gangue importante autour de l'anthrax. En outre, les travées, les cloisons qui séparent les différents bourbillons se sphacèlent et sont éliminées en même temps qu'eux en laissant une petite cavité. Le bourbillon est alors constitué non seulement par des éléments provenant des appareils pilo-sébacés, mais encore par des débris du derme, et même du tissu cellulaire sous-cutané.

Les pertes de substances qui résultent de l'élimination des bourbillons se réparent en général très rapidement et ne laissent qu'une cicatrice réduite par rapport aux dimensions de la tumeur inflammatoire. Mais ces cicatrices peuvent parfois être véritablement mutilantes, et en tout cas sont indélébiles, très apparentes, laissant des traces inesthétiques fâcheuses chez les sujets jeunes, particulièrement chez les jeunes femmes.

A la lèvre supérieure, où les faisceaux musculaires viennent s'insérer à la face profonde du derme, le bourbillon est bridé et ne peut que difficilement faire saillie à l'extérieur. Cela explique en premier lieu l'intensité des douleurs, puis en second lieu le fait, signalé par Reverdin, que le bourbillon envahit le tissu cellulaire qui sépare les faisceaux musculaires, au milieu de la masse musculaire, et enfin l'envahissement rapide des vaisseaux qui sont en contact très intime avec le foyer inflammatoire. Du côté de la muqueuse, au contraire, la laxité du tissu cellulaire sous-muqueux permet le développement d'un œdème important dans la bouche, voire même la formation de petits abcès interstitiels.

Enfin, l'atteinte du riche réseau vasculaire entraîne l'obstruction des capillaires et des petites veines et, par suite, la production d'un œdème considérable, parfois monstrueux.

La phlébite peut s'étendre des petites veinules aux veines plus importantes, à la faciale, à la veine angulaire, qui as-

sure une large anastomose entre la faciale et la veine ophtalmique, et par elle jusqu'au sinus caverneux. Le sinus caverneux du côté opposé est rapidement atteint alors par l'intermédiaire du sinus coronaire. Elle peut s'étendre en arrière vers les sinus pétreux et latéraux. Des sinus, l'inflammation peut se propager aux méninges, à travers la mince paroi supéro-externe du sinus caverneux.

VI

DIAGNOSTIC

Dans la majorité des cas, il est facile de faire le diagnostic du furoncle ou de l'anthrax de la lèvre supérieure. Dans certains cas cependant, où l'œdème est très important pour un foyer tout petit, celui-ci peut passer inaperçu. Son diagnostic alors ne s'impose pas, et il faut le rechercher. Il ne faut pas croire qu'on le trouve fatalement au point où la tuméfaction est le plus marquée, surtout quand l'œdème prédomine sur la face muqueuse et entraîne une éversion très prononcée de la lèvre. On reconnaîtra le foyer inflammatoire à son très léger relief, qui s'appréciera mieux au doigt qu'à la vue, à son induration circonscrite, à la douleur vive localisée à son niveau. Le plus souvent, au début, la petite tuméfaction acuminée occupant le derme, dure, douloureuse, centrée très souvent par un poil, plus tard, la petite perforation cratériforme laissant voir dans le fond le bourbillon jaunâtre, ne laisseront aucune hésitation.

On élimine facilement les érythèmes non infectieux de la face. Ils ont leurs caractères objectifs bien nets, ne sont pas localisés uniquement à la lèvre supérieure et ne présentent pas de réaction inflammatoire (chaleur locale, douleur).

L'urticaire a ses caractères bien précis de plaque en relief, non acuminée, et n'est pas localisé à un seul point du corps.

La zone ophtalmique ne peut guère prêter à confusion.

L'œdème qui peut accompagner une dacryocystite aiguë pourrait, quand il est très étendu, être confondu avec l'œdème d'un furoncle de la lèvre supérieure à première vue; mais la

recherche de la lésion primitive mettrait vite dans la bonne voie.

L'eczéma aigu présente des vésicules transparentes très prurigineuses, sans réaction sur l'état général.

L'acné pustuleuse, les folliculites qui ne présentent ni tuméfaction douloureuse ni bourbillon ne ressemblent que de loin au furoncle.

La pustule maligne, qui a été si longtemps confondue avec l'anthrax, a des caractères distinctifs bien nets. Au début, c'est une vésicule remplie de sérosité claire, et non point purulente. Plus tard, c'est une ulcération superficielle. Plus tard encore, une eschare centrale, jaune noirâtre, entourée d'une collerette de vésicules. Elle est en outre beaucoup moins douloureuse que le furoncle. Cependant, quand la lésion siège dans les poils de moustache, quand il y a des lésions de grattage ou si l'on applique un traitement intempestif entraînant une réaction de voisinage, le diagnostic peut être plus difficile. Il faut tenir compte de la profession du sujet, prélever un peu de sang par des scarifications faites au niveau de la zone érythémateuse. L'examen microscopique y montrera des bactéries charbonneuses en cas de pustule maligne.

La lymphangite accompagnant une ulcération de la lèvre pourrait être confondue avec une phlébite des veines de la face accompagnant un furoncle. Dans la lymphangite, l'atteinte ganglionnaire est plus marquée, les traînées de lymphangite sont plus apparentes à la vue mais moins perceptibles au toucher. Mais il faut se rappeler que la lymphangite accompagne assez souvent le furoncle de la lèvre supérieure.

L'œdème qui accompagne la périostite des abcès dentaires sera diagnostiqué par le simple examen de la bouche.

Le phlegmon sous-cutané circonscrit (il est bien rare à la lèvre supérieure) se différencie facilement de l'anthrax. Gosselin en a décrit les caractères. Le phlegmon est moins dur que l'anthrax, qui est d'une dureté ligneuse; rapidement, on arrive à percevoir la fluctuation à son centre. Il est sous-cutané, tandis que la peau, infiltrée autour de l'anthrax, fait

corps avec lui. S'il se perfore spontanément à la peau, il n'y a qu'une perforation qui ne ressemble guère aux cratères taillés à pic de l'anthrax et qui n'aura pas donné issue à un bourbillon, mais à du pus.

Il est des cas où le diagnostic sera plus difficile, ceux où la lésion primitive minime est marquée par un œdème considérable. On pourra être porté à penser à un érysipèle, non à un érysipèle typique, à caractères bien définis (bourrelet périphérique douloureux, signes généraux très graves, etc.), mais à ces formes atténuées décrites par Rémy et Bolognési, où les signes généraux se réduisent à peu de chose et où la plaque érysipélateuse est peu rouge, peu tendue, peu douloureuse. En rapportant une erreur semblable, Louis Ramond a fait récemment une étude de ces cas. Le début est plus brusque que dans le furoncle, la plaque érysipélateuse, même si elle n'a pas de bourrelet, est mieux limitée, la palpation de cette zone montre que la douleur n'est pas localisée en un point et siège plutôt à la périphérie. En tout cas, l'évolution est un précieux élément de diagnostic, et le furoncle primitif devient fatalement perceptible en évoluant.

VII

PRONOSTIC

Nous avons vu quelles complications redoutables pouvaient survenir au cours de l'évolution d'un furoncle ou d'un anthrax de la lèvre supérieure. Elles suffisent à donner à ces affections un caractère bien particulier qui les différencie nettement des furoncles ou anthrax du tronc ou des membres, car, comme l'a dit Reverdin, « si on a souvent observé des anthrax mortels dans toutes les régions, nous ne croyons pas qu'on ait jamais vu un simple furoncle, siégeant ailleurs, entraîner la mort ». Ce sont ces complications qui commandent le pronostic.

Et tout d'abord, quelle est la mortalité globale des furoncles de la lèvre supérieure? Elle est très difficile à évaluer, beaucoup de statistiques n'étant pas complètes et ne contenant pas les cas bénins qui ont guéri presque sans soins, sans être vus par un médecin même et qui sont passés inaperçus. Elle paraît d'ailleurs avoir diminué d'une façon importante à mesure que se précisaient les méthodes thérapeutiques et leurs indications. Voici les chiffres de quelques statistiques : celle de Reverdin accuse une mortalité de 64 à 66 p. 100, suivant le traitement; celle de la clinique Küttner, 7 p. 100; celle de Hoffmann, 8,2 p. 100. Roedelius a publié deux statistiques : la première avec une mortalité de 13 à 18 p. 100, suivant le traitement; la deuxième de 11 p. 100. Melchior accuse une mortalité de 8,2 p. 100.

Mais le pronostic est très variable suivant la forme clinique envisagée : Dans les formes bénignes, la guérison est de règle, surtout si un traitement intempestif ou maladroit ne

vient pas transformer en forme maligne une maladie qui ne demandait qu'à guérir toute seule. Elle ne sera suivie d'aucun trouble fonctionnel. Seule, la cicatrice indélébile, très visible par son siège, peut entraîner des ennuis parce qu'ineshétique. C'est un point dont on a le devoir de tenir compte quand il s'agit de sujets jeunes, surtout de jeunes filles ou de jeunes femmes.

Dans les formes malignes, les complications sont fréquentes, et nous savons combien elles sont redoutables. La thrombophlébite des sinus caverneux équivaut à un arrêt de mort. La septicémie, sans être tout à fait aussi grave, menace sérieusement la vie. Enfin, des complications à distance (abcès métastatiques, périnéphrétiques souvent, pleurésies purulentes, etc.) sont graves pendant leur évolution et peuvent laisser après elles des séquelles importantes.

Mais il ne faut pas oublier qu'au début de l'évolution d'un furoncle ou d'un anthrax de la lèvre supérieure il est absolument impossible de prévoir quelle sera son évolution future : il pourra rester bénin et guérir simplement; il pourra tuer le malade. Cliniquement, ce ne sont pas les signes physiques qui seront importants pour établir le pronostic : l'œdème, la rougeur, la douleur, peuvent être en effet extrêmement marqués sans qu'il s'agisse d'un furoncle véritablement malin. C'est la *température* qui représente le meilleur signe pronostique et, quand elle dépasse 40 degrés d'une façon durable, il s'agit toujours d'un cas grave. D'après Roedelius, la température de 39°3 représenterait un véritable signal d'alarme. Tandis que pour l'ensemble des furoncles de la lèvre supérieure cet auteur aurait eu 11 p. 100 de morts, par contre, dans les cas où la température atteint ou dépasse 39°3 d'une manière durable, la proportion des décès atteint 89 à 90 p. 100.

Le laboratoire peut-il nous donner des indications pronostiques? Certains auteurs avaient cru pouvoir prendre la bactériémie comme critérium de malignité! Mais il existe des cas qui étaient accompagnés de bactériémie et qui ont parfaite-

ment guéri. Il en est d'autres (un cas de Seifert en particulier) où, avec un examen de sang négatif, la mort a été très rapide. En fait, le laboratoire ne peut nous donner aucun renseignement utilisable pour établir le pronostic.

En résumé, l'impossibilité où l'on se trouve, en dehors des complications déjà déclarées, de savoir avec certitude quelle va être l'évolution d'un furoncle de la lèvre supérieure explique la diversité des opinions sur la valeur des traitements proposés. Il est, en effet, difficile de juger de l'efficacité d'un traitement dans un cas dont on ne peut savoir à l'avance quelle aurait été la marche si on l'avait abandonné à lui-même. Ce n'est que par la comparaison de statistiques importantes que l'on peut se faire une opinion, et nous avons déjà vu la difficulté d'obtenir des statistiques homogènes.

VIII

TRAITEMENT

Pour comprendre les principes qui actuellement paraissent devoir diriger le traitement des furoncles et anthrax de la lèvre supérieure, l'étude de son histoire est extrêmement utile. Ce fut, dès le début jusqu'à nos jours, une lutte entre les interventionnistes et les abstentionnistes.

Dupuytren avait préconisé l'incision cruciale du furoncle de la lèvre supérieure, suivi par Reverdin, qui était préoccupé de faire sortir le plus vite possible le bourbillon qu'il considérait comme un corps étranger nocif et dont il avait remarqué que l'expulsion est généralement suivie d'une amélioration. Il a publié 43 cas de furoncle ou anthrax de la lèvre supérieure. Dans 18 cas, il n'a pas incisé le furoncle et a eu une mortalité de 66 p. 100 (12 morts pour 6 guérisons); dans 25 cas, il a incisé et a eu une mortalité de 64 p. 100 (16 morts pour 9 guérisons). Notons en passant qu'il ne s'agissait que de formes graves dans les deux cas. A l'opposé de Reverdin, Gosse-
lin s'abstenait. Avec lui, beaucoup d'auteurs, ayant remarqué que toute intervention sur le furoncle était souvent suivie d'une aggravation des signes, ont condamné l'incision. Paget, dans ses *Leçons cliniques chirurgicales*, page 361, trouve l'incision « irrationnelle ». Chabbert, dans sa thèse inaugurale, reprend ces mêmes conclusions. Despins « ne touche plus un anthrax ».

Pour ces auteurs, l'incision, en ouvrant les vaisseaux et les « bouches des plexus », favorise la pénétration des microbes dans le torrent circulatoire et par suite l'éclosion des complications.

Cependant, d'autres auteurs, par exemple Bougan, dans sa thèse inaugurale, reprochent aux « cataplasmes, topiques, etc. » de n'être utiles que dans les cas bénins.

On songea d'abord, pour éviter les critiques portées à l'incision, à la modifier et, au lieu de faire l'incision cruciale de Dupuytren, on fit l'incision sous-cutanée de Guérin. Elle consistait à enfoncer un bistouri au point culminant ou à travers un orifice de l'anthrax et, en tournant la lame à plat, à dilacerer les tissus. C'est en somme une ponction suivie de dissection, qui ne donne pas de meilleurs résultats que l'incision cruciale et a les mêmes inconvénients, plutôt exagérés. Elle a été vite abandonnée. Broca en 1863, suivi par Trélat, Labbé en 1881, conseille l'excision en bloc de tout le foyer. A la lèvre supérieure, cette technique, qui entraîne une grosse perte de substance est souvent inapplicable. D'autres augmentent tout simplement l'importance de l'incision et ouvrent largement le foyer inflammatoire. « C'est certainement, dit Laugier en 1873, le moyen le plus sûr de prévenir la phlébite et, si elle existe déjà, de la combattre. »

Certains auteurs abandonnent le bistouri et demandent aux *caustiques chimiques* la destruction des tissus qui gênent l'élimination du bourbillon. Devet fait une ponction ou une petite incision avec une lame de bistouri trempée dans de l'acide phénique. Polaillon emploie des « fiches » imprégnées de chlorure de zinc qu'il enfonce dans le furoncle.

Mais la majorité se rallie à la *cautérisation ignée*, qui a une action plus rapide que les caustiques. En outre le fer rouge détruit les microbes et agit plus loin que le point de contact, à deux millimètres environ. Enfin, à condition de ne pas dépasser le rouge sombre, il oblitère parfaitement les bouches vasculaires et s'oppose ainsi au passage des microbes dans le torrent circulatoire. Cette méthode, déjà employée par Boyer

au milieu du xix^e siècle, l'est ensuite par Paquelin, Verneuil, Chabbert.

Dans les temps modernes, la discussion continue et beaucoup d'auteurs opposent encore le traitement « *conservateur* » ou *non sanglant* et le *traitement chirurgical ou sanglant*. On y a ajouté à notre époque la vaccinothérapie, l'autohémothérapie générale et locale et la protéinothérapie d'une part, et d'autre part la ligature ou la section de la veine angulaire. Plus récemment encore, Raiga a préconisé le traitement des furoncles par le bactériophage de d'Hérelle.

On peut donc résumer comme suit les traitements préconisés :

I. — TRAITEMENTS LOCAUX :

a) *Traitements non sanglants* :

Pansements humides;
Pulvérisations antiseptiques faibles;
Applications de pommades antiseptiques;
Injections locales d'antiseptiques ou d'oxygène;
Méthode de Bier;
Cautérisation avec des caustiques;
Cautérisation ignée;
Hémothérapie locale;
Vaccinothérapie;
Traitement avec le bactériophage de d'Hérelle;

b) *Traitements sanglants* :

Incision à l'air libre;
Incision sous-cutanée de Guérin;
Exeision;
Ligature ou section de la veine angulaire.

c) *Méthodes mixtes* :

Incision et pulvérisations;
Incision et autohémothérapie locale;
Incision et tamponnement au sérum.

II. — TRAITEMENT GÉNÉRAL :

Protéinothérapie (injection intramusculaire ou intraveineuse de lait stérilisé, de peptones) et thérapeutique de choc (injection intraveineuse d'électargol;

Médication anti-infectieuse;

Vaccinothérapie (vaccin antistaphylococcique de l'Institut Pasteur, vaccin de Mauté, Propidon, sérum polyvalent de Leclainche et Vallée, auto-vaccin);

Autohémothérapie.

Etudions séparément la valeur et les indications de chacun de ces traitements.

LES PANSEMENTS HUMIDES, dont on connaît la valeur résolutive et calmante dans toutes les inflammations, ont l'inconvénient de faire macérer la peau et de prédisposer ainsi à l'infection des follicules pilo-sébacés voisins. On peut, il est vrai, protéger ceux-ci par l'application autour du furoncle d'une pommade isolante, légèrement antiseptique, résolutive et calmante. Il est de bonne précaution, si l'on veut faire des pansements humides, de les faire sans imperméable et de ne les appliquer que d'une façon discontinue.

LES PULVÉRISATIONS CHAUDES ont les mêmes avantages que les pansements humides et n'ont pas l'inconvénient de faire macérer la peau. Elles semblent préférables et peuvent être employées, comme le recommandait Verneuil, après incision. Il y a avantage à les faire avec un liquide légèrement antiseptique : eau phéniquée par exemple.

LES APPLICATIONS DE POMMADES ANTISEPTIQUES, plus particulièrement de pommade mercurielle utilisée en 1911 par Marion, ont été recommandées récemment à nouveau par Junkermann, qui leur attribue une action antiseptique générale en même temps que localement elles calment très rapidement les douleurs et font « mûrir » le furoncle. Junkermann se contente de recouvrir le furoncle d'une couche d'onguent napolitain

dépassant la zone inflammatoire et de mettre par-dessus une couche de gaze et du coton. Il refait le pansement deux fois par jour. Dans les cas où le mercure ne peut être employé (néphrite, idiosyncrasie, etc.), il se sert d'une pommade à la lanoline et à l'inothylol. Il oppose ce traitement au traitement chirurgical, qu'il trouve inutile et très souvent dangereux. Morisson préconise l'application d'une pâte au sulfate de magnésie, qui lui a donné de beaux résultats.

LES INJECTIONS LOCALES D'ANTISEPTIQUES sont actuellement à peu près abandonnées. Bidder se servait d'une solution d'acide phénique à 2 p. 100. Arnozan et Lande de glycérine phéniquée. Elles sont douloureuses et ne paraissent pas avoir une action bien décisive. On a essayé de les remettre récemment en honneur en utilisant des antiseptiques moins nécosants, mais les résultats ne semblent pas favorables.

LES INJECTIONS LOCALES D'OXYGÈNE, préconisées par Thiriard, ont été abandonnées sans qu'on en ait fait, semble-t-il, une expérience suffisante.

LA MÉTHODE DE BIER (stase veineuse) a été réalisée par Hoffmann par la compression circulaire du cou. Il se sert d'une bande d'adhésif ou mieux d'une bande de tissu caoutchouté élastique de 3 centimètres de largeur et d'une longueur un peu inférieure à la circonférence du cou, portant à ses extrémités deux rangées d'agrafes, de façon à pouvoir plus ou moins serrer le cou. Cette bande est laissée en place pendant vingt à vingt-deux heures par jour. Cet auteur aurait obtenu de bons résultats : après une phase où l'état du malade paraît s'aggraver, l'infiltration diminue d'étendue, la papule furonculaire se ramollit, le boubillon s'évacue, la température baisse s'il y en avait et la guérison est obtenue, en général, en huit à dix jours. Læwen attribue l'effet heureux de la stase ainsi provoquée à deux facteurs, d'abord la difficulté du passage des microbes du foyer inflammatoire dans la circulation générale, ensuite l'apport plus considérable autour du foyer inflammatoire d'antitoxines et de matériaux de défense d'origine sanguine. Cette méthode est recommandée par Seifert,

qui l'applique systématiquement à tous ses malades qui présentent un furoncle « où l'œdème est important et l'infiltration étendue ». Ce ne sont que les cas particulièrement graves qui ne sont pas influencés par ce traitement qu'il confie au chirurgien.

On peut rapprocher de la méthode de Bier la méthode qui consiste à faire la ligature de la veine jugulaire externe dans le but de provoquer de la stase veineuse. Pratiquée une fois par Lâwen dans un cas de furoncle de la lèvre supérieure, elle n'aurait pas, d'après Seifert, donné de résultats intéressants aux auteurs qui l'ont employée.

LA CAUTÉRISATION AVEC DES CAUSTIQUES a été complètement abandonnée; elle a été supplantée par la thermocautérisation, avec laquelle on obtient les mêmes résultats beaucoup plus rapidement.

SI LA CAUTÉRISATION AU THERMOCAUTÈRE, quand elle est faite légèrement, peut être utile en détruisant la petite pellicule qui masque le bourbillon et en rendant ainsi son expulsion plus facile, « les pointes de feu profondes, dit Lecène, sont une thérapeutique illusoire et barbare dont le seul bienfait est d'ajouter de nouvelles eschares à celles qui existaient déjà du fait de l'infection staphylococcique ».

L'AUTOHÉMOTHÉRAPIE LOCALE a été préconisée par Lâwen, reprenant les idées de Muller et de Peiser (1908), pour parer à l'insuffisance des traitements sanglants et non sanglants dans les formes « extensives » des furoncles de la lèvre supérieure. Elle consiste à injecter tout autour du furoncle et dans le furoncle lui-même, du sang pris sur le malade, jusqu'à ce que les tissus soient tendus et durs. Lâwen cherche ainsi à « isoler le foyer inflammatoire des tissus voisins sans exposer sa nutrition », à établir un barrage qui, en comprimant les vaisseaux, entrave le passage des microbes dans les vaisseaux capillaires et les lymphatiques et empêche ainsi la septicémie et la phlébite des sinus caverneux. En outre, la résorption des pigments sanguins par les lymphatiques et leur accumulation dans les ganglions établirait un nouveau barrage. A cet effet

mécanique s'ajouterait un effet biologique. En premier lieu, l'injection de sang provoquerait un choc protéinique favorable et, en deuxième lieu, une action bactéricide importante : « le sang de la personne même est en réalité le seul antiseptique connu qui, jusqu'à un certain point, ne provoque aucune réaction des tissus » (Läwen). La technique de Läwen est simple. Un aide prend avec une seringue de Luer du sang dans les veines du pli du coude du malade. Quand la seringue est remplie de sang il la donne à l'opérateur et en remplit une deuxième. Pendant ce temps l'opérateur injecte le sang dans les tissus avoisinant le furoncle. L'injection doit être rapide, continue et faite sous pression. Il faut que l'infiltration des tissus par le sang injecté intéresse tous les plans, en profondeur; il faut aussi qu'elle entoure complètement le furoncle ou l'anthrax; elle doit être assez abondante pour que les tissus deviennent tendus et durs. En moyenne quarante à soixante centimètres cubes de sang sont suffisants. L'auteur, quand il a commencé à appliquer sa méthode, faisait précéder cette infiltration de sang d'une incision cruciale. Plus tard, il s'est contenté de l'injection de sang. Il a observé, alors que dans la plupart des cas où il l'a utilisée il s'agissait de furoncles « extensifs », que dans aucun cas l'inflammation n'a dépassé la zone de l'injection, mais s'est arrêtée à cet endroit. Jamais les tissus infiltrés n'ont suppuré. L'œdème et l'infiltration ont rapidement diminué. Il faut faire remarquer que l'auteur n'a jamais eu l'occasion d'employer sa méthode dans des cas très graves avec fièvre élevée et atteinte très marquée de l'état général. Dans tous les cas où il l'a employée, il a été très satisfait des résultats obtenus.

On peut rapprocher de cette méthode la technique analogue de Rieder, qui remplace l'injection du sang du malade par celle du sérum banal de cheval. L'auteur dit avoir obtenu des résultats semblables à ceux de Läwen.

LA VACCINOTHÉRAPIE a été employée sous diverses formes : *vaccins antistaphylocciques de l'Institut Pasteur, de Mauté* (qui a donné à cet auteur des résultats intéressants). Récem-

ment Gruca, dans 12 cas de furoncles et 2 cas d'anthrax du visage a obtenu de très belles guérisons avec le *bouillon vaccinal polyvalent de Delbet (Propidon)*. Il l'a utilisé en injections intramusculaires de fortes doses (3 centicubes, soit 13 milliards de germes environ). Il n'a jamais eu besoin de pratiquer plus de deux injections. Chaque fois il a observé une forte réaction générale avec fièvre élevée et frissons, qui a cédé spontanément au bout de quelques heures. En même temps qu'une modification très nette au point de vue local, diminution de l'œdème, limitation de l'infiltration, se remarquait une rapide amélioration de l'état général. Il conclut en disant que « le traitement des furoncles et anthrax du visage par les vaccins de Delbet est actuellement le meilleur, le moins long, le plus facile ».

LE TRAITEMENT PAR LE BACTÉRIOPHAGE DE D'HÉRELLE a été tout récemment expérimenté avec succès dans 45 cas de furoncles, dont 1 de la lèvre supérieure, par A. Raiga dans le service du Professeur Gosset. L'auteur a employé diverses techniques et divers bactériophages : polyvalent, staphy, polystaphy. Il a pratiqué tantôt des injections sous-cutanées de 2 centicubes contenant environ 10 milliards de bactériophages, tantôt des injections locales dans le foyer, tantôt des applications locales de mèches après ouverture spontanée ou chirurgicale de celui-ci, tantôt enfin à la fois un traitement local et général. Il semble que ce soit l'injection *loco dolenti* qui ait donné les meilleurs résultats. En effet, dans l'observation d'un anthrax de la lèvre supérieure apparu au cours de l'évolution d'un anthrax temporal sous l'influence du traitement, qui a consisté en 4 injections sous-cutanées de 2 centicubes de bacté-staphy et une injection locale au niveau de l'anthrax de la lèvre, ce dernier fut guéri avant l'anthrax temporal, qui avait cependant débuté avant lui.

Ces injections locales sont douloureuses, tout au moins momentanément, mais on n'a pas à en faire beaucoup (de 1 à 3 au maximum). Constamment, l'auteur a remarqué une disparition rapide des douleurs spontanées (de six à vingt-quatre heures), une rapide ouverture du foyer anthracoïde, grâce

à laquelle l'acte chirurgical s'est trouvé réduit au minimum (extraction simple du bourbillon) et une véritable liquéfaction du bourbillon ou tout au moins sa libération, qui en rend l'extraction très facile même à travers un très petit orifice. Enfin l'application de mèches imbibées de bouillon pendant quarante-huit heures hâte la cicatrisation, qui est très rapide. Enfin, la cicatrice obtenue est souple et petite.

L'INCISION SOUS-CUTANÉE DE GUÉRIN est aussi traumatisante que celle à l'air libre et n'a donc aucun avantage sur elle. Par contre, elle a l'inconvénient de ne pas ouvrir largement le foyer. Elle est abandonnée.

L'EXCISION, qui a donné de si beaux résultats dans d'autres régions du corps, est souvent inapplicable à la lèvre supérieure, où une perte de substance trop grande entraînerait une véritable mutilation. Dans certains cas cependant, elle est possible sans grand dommage, surtout si l'on emploie la technique recommandée par Hartmann : sous anesthésie générale, après désinfection de la peau, de préférence à la teinture d'iode, on fait une incision cruciale allant jusqu'aux tissus sains. On dissèque les quatre lambeaux ainsi créés jusqu'à leur base, de façon à ne conserver d'eux que la peau. On excise en masse l'anthrax. On assure l'hémostase avec une mèche imbibée de sérum placée dans le lit de l'anthrax et on rabat les quatre lambeaux. On obtient ainsi une cicatrisation rapide et une cicatrice relativement peu importante.

L'INCISION A L'AIR LIBRE est, avec l'excision, le seul traitement sanglant qui ait été conservé. Beaucoup d'auteurs sont opposés à son emploi, et tous, en tout cas, ou presque tous, exigent, pour l'employer, l'existence d'une indication précise et se refusent à ériger l'incision en système de traitement. Lecène pense que l'incision précoce est absolument inutile; elle n'influence en rien l'évolution du furoncle, elle n'arrête pas les progrès de l'infection et ne hâte pas la formation du bourbillon. Pour Seifert, elle retarderait même son évacuation en provoquant l'écoulement au dehors de la sérosité qui baigne le foyer inflammatoire et qui est un liquide utile, conte-

nant une partie des matériaux de défense contre l'infection et qu'il convient donc de conserver. Au début de l'évolution d'un furoncle de la lèvre supérieure, l'incision, comme tout traumatisme, ne peut que provoquer l'éclosion de complications. Låwen n'a eu, de 1920 à 1923, que 3 cas mortels de furoncles de la lèvre supérieure, et ces 3 cas avaient été traités par des incisions précoces, étendues et multiples. Quand donc l'incision est-elle indiquée ? Les auteurs paraissent à peu près d'accord. « La seule indication de l'incision, dit Lecène, est l'existence d'un abcès » juxtaposé ou sous-jacent au furoncle. « Aucun furoncle, aucun anthrax ne doit être opéré, à moins qu'à la suite d'un traitement médical le furoncle ou anthrax ne soit transformé en un abcès simple, presque mûr, qui peut s'évacuer grâce à une petite incision qui n'ouvrira pas de vaisseaux lymphatiques ou sanguins », dit Junkermann, qui ajoute que, hors ces cas « l'opération d'un furoncle ou d'un anthrax est une faute grave ».

Quand l'incision est indiquée, les auteurs paraissent d'accord pour la faire en tissu inflammatoire, en prenant garde de ne pas intéresser les tissus sains pour éviter l'ouverture et la contamination consécutive de vaisseaux jusque-là indemnes. De même il est recommandé d'utiliser un bistouri bien tranchant, qui coupe sans contusionner ou dilacérer les tissus voisins. L'incision simple, unique (incision évacuatrice), paraît suffisante à la plupart des auteurs; cependant Låwen préfère l'incision cruciale. Ce n'est que lorsqu'il y a une grosse masse inflammatoire ramollie que Seifert recommande des incisions « multiples, profondes et rapprochées, car l'effet de l'incision ne se fait pas sentir au delà de un demi-centimètre ». Quelques rares auteurs étrangers restent fidèles aux incisions étendues et multiples (Gotze et Rosembach).

Quand l'incision est indiquée, où faut-il la faire ? Il y a avantage à aller droit au pus, par le plus court chemin et, comme le pus a tendance à se frayer un passage vers la muqueuse, on sera souvent amené à faire l'incision de la muqueuse, à la face interne de la lèvre. Cette incision a l'avan-

tage en outre d'être esthétique, mais elle a l'inconvénient de provoquer l'écoulement du pus dans la cavité buccale.

A cause de cela, certains font toujours l'incision cutanée. On la fera alors, pour la rendre esthétique, soit transversale, soit parallèle au pli naso-génien, suivant la localisation du furoncle.

Afin de réduire au minimum la cicatrice et aussi afin d'empêcher l'écoulement de produits septiques dans la cavité buccale, le Professeur Chavannaz a eu l'idée de cliver la lèvre en deux plans suivant l'épaisseur. Pour cela, la lèvre étant tendue entre deux pinces ou encore entre le pouce et l'index de chaque main de l'aide, ce qui a l'avantage d'assurer l'hémostase mais ce qui laisse moins accessible le champ opératoire, il incise au bistouri au milieu du bord libre. À petits coups de bistouri, ou encore en utilisant consécutivement la pointe des ciseaux, s'aidant de l'écarteur de Farabeuf, il chemine prudemment, de façon à ne percer ni le revêtement cutané, ni le voile muqueux. La division porte sur toute l'étendue de la masse infiltrée et c'est ainsi que, dans une des observations que nous rapportons, l'incision a pénétré dans la joue et aussi jusque dans la région sus-hyoïdienne.

La lèvre ayant été ainsi divisée à l'instrument tranchant, le chirurgien, s'aidant toujours des écarteurs, passe légèrement la lame du thermocautère sur les plans de section.

L'hémostase assurée, une mèche de gaze imbibée d'eau oxygénée est alors poussée au fond de la plaie, maintenant sa béance et permettant ainsi l'écoulement des sécrétions.

Il est à remarquer que pour la lèvre supérieure le drainage est facile, tandis que pour la lèvre inférieure il doit se faire contre les lois de la pesanteur et il peut y avoir tendance à la stagnation. Cet inconvénient s'est manifesté chez une des opérées (Obs. II). Aussi, au bout de quarante-huit heures, une longue pince a été poussée dans l'incision, une contre-ouverture a été faite sur sa pointe, dans la région sus-hyoïdienne médiane, contre-ouverture à la faveur de laquelle un drain de caoutchouc a été mis en place. Le Professeur Chavannaz pense qu'à l'ave-

nir il serait sage d'établir ce drainage au cours de l'opération dans les lésions de la lèvre inférieure.

Une objection peut venir à l'esprit : la division de la lèvre, son clivage ne peut-il conduire au sphacèle ? La richesse de la vascularisation de la face est une garantie contre pareil accident. Il faudrait toutefois se méfier si la division devait porter sur toute la longueur de la lèvre et empiéter sur les deux joues et les régions sus-hyoïdiennes.

LA LIGATURE OU LA SECTION DE LA VEINE ANGULAIRE est un excellent moyen préventif de la propagation de la phlébite des veines de la face au sinus caverneux. C'est une opération anodine, qui peut être faite sous anesthésie locale et qui paraît avoir permis à Bailey d'éviter la thrombo-phlébite des sinus caverneux. D'après Morestin, elle dit être bilatérale pour être sûrement efficace. Mais il est difficile de poser ses indications. On ne peut songer à la faire systématiquement, comme l'ont proposé J. et J. Vialle, dans tous les furoncles de la lèvre, dont un si grand nombre ne demande qu'à guérir tout simplement. D'autre part, il est illusoire de la faire quand il y a déjà atteinte du sinus caverneux. Pour Morestin, elle est indiquée dès qu'il y a un empatement douloureux sur le trajet de la faciale. Pour Bailey, son indication est formelle quand l'œdème de la lèvre s'étend vers l'angle interne de l'œil, surtout si ce signe est accompagné d'une élévation marquée de la température.

Enfin, on associe souvent à l'*incision* les *pulvérisations antiseptiques*, comme le conseillait déjà Verneuil, des tamponnements avec des mèches imbibées de sérum antistaphylococcique, de bouillons-vaccins (propidon), de sérum de cheval (Rieder).

Après l'exposé de ces méthodes de traitement, nous allons étudier leur application à la pratique dans chacune des formes cliniques des furoncles et anthrax de la lèvre supérieure. Mais auparavant, pour éviter des redites, nous allons exposer les principes généraux applicables à tous les cas.

Il existe un traitement *préventif* des furoncles de la lèvre supérieure, qui consiste à traiter convenablement toute lésion,

si légère soit-elle, de la lèvre (en particulier les boutons d'acné) et à suivre des règles banales de propreté et d'hygiène cutanée.

Au début, quand il n'existe encore qu'une petite papule acuminée, il faut essayer un traitement *abortif*. Le meilleur est l'application, à la surface du furoncle, d'une goutte de teinture d'iode ou, mieux encore, d'iode-acétone au 1/10°. Il faut éviter le grattage, l'expression du petit bouton.

Quand le furoncle est constitué, il y a des précautions générales à prendre :

1° Raser la moustache;

2° Apprendre au malade et à son entourage à respecter le furoncle, à ne pas le taquiner, à ne pas enlever la croutelle qui le recouvre, et surtout à ne pas le presser. On trouve très souvent ces manœuvres à l'origine des manifestations graves du furoncle. Le médecin sera tenu évidemment lui aussi de prendre les mêmes ménagements;

3° Si le malade est tant soit peu fatigué, à plus forte raison s'il a de la fièvre, il devra garder le lit;

4° Il faut mettre la lèvre au repos et pour cela interdire absolument la parole et la mastication. On ne permettra donc au malade qu'une alimentation liquide ou semi-liquide;

5° Enfin il ne faudra pas négliger le traitement général du malade au cas où il présente une tare organique (diabète, albuminurie) ou est surmené.

Voyons maintenant le traitement de chaque cas particulier.

FURONCLE BANAL.

Les indications thérapeutiques qui se posent sont : calmer la douleur, faciliter la résorption du furoncle. Pour cela on fera de petits pansements humides chauds discontinus avec de l'eau bouillie, une solution de sulfate de cuivre à 1 p. 100 (Mauté), une solution salée à 4 p. 100 (Price), en prenant soin de protéger la peau avoisinante par des pommades légèrement antiseptiques. Les cataplasmes, qui font macérer la peau, sont à rejeter.

La méthode la meilleure consistera, quand on le pourra, à faire des pulvérisations tièdes faites de préférence à l'eau phéniquée à 1 p. 100. Elles devront être répétées 4 à 5 fois par jour, pendant une quinzaine de minutes chaque fois.

Dans l'intervalle des pulvérisations, on appliquera sur le furoncle, soit de l'onguent napolitain (Junkermann), soit la pâte au sulfate de magnésie (Morisson), soit de pommade au collargol (Crédé). On pourrait faire des attouchements au mercurochrome 220, comme le recommande Price.

Tous ces soins seront donnés avec une extrême douceur. Le médecin devra résister à la tentation de donner un coup de bistouri qui serait au moins inutile, et se rappeler le conseil de Junkermann : « *Cave scalpellum.* » « Tout au plus, si l'on voit le bourbillon détaché, pourra-t-on le prendre délicatement avec une petite pince; mais, s'il tient encore, il faut s'abstenir. En l'enlevant on ferait saigner, c'est ce qu'il faut éviter. » (Delbet.)

On pourra adjoindre au traitement des injections de vaccin de Delbet. Gruca recommande d'employer d'emblée des doses fortes : 3 centicubes, à renouveler le surlendemain si nécessaire. Ce traitement, entraînant une réaction fébrile cinq ou six heures après l'injection, nécessite le repos au lit.

Dans le cas où l'action opératoire paraîtrait indiquée, nos préférences vont à l'incision suivant la technique du Professeur Chavannaz. Nous n'avons pas à revenir ici sur cette technique, que nous avons déjà indiquée plus haut, et dont nous avons signalé les avantages.

FURONCLE AVEC ABCÈS PÉRIFURONCULEUX.

Au début on appliquera le même traitement. Quand le pus sera collecté, on l'évacuera, mais seulement à ce moment-là, par une incision que l'on fera de préférence sur la muqueuse. Ces incisions sont douloureuses et doivent être faites sous anesthésie. L'anesthésie locale est le plus souvent insuffisante et, dans la majorité des cas, on aura recours à l'anesthésie générale, qui sera d'ailleurs de courte durée. On préparera le champ

opératoire en rasant la moustache si besoin est et en faisant un large badigeonnage à la teinture d'iode.

Si on fait l'incision par la voie muqueuse, on retournera la lèvre, de façon à exposer sa face muqueuse. Il faut prendre les plus grands soins pour que le pus ne s'écoule pas dans l'arrière-gorge du malade endormi risquant de pénétrer dans les voies respiratoires et d'entraîner d'importantes complications pulmonaires. Les jours suivants, on fera faire des lavages de bouche fréquents avec de l'eau stérilisée tiède rendue faiblement antiseptique par l'addition de liquide de Dakin ou d'eau oxygénée.

Si on fait l'incision sur la face cutanée, on la fera transversale ou parallèle aux plis cutanés suivant le siège de la lésion. Comme dans le cas précédent, il ne faut pas oublier que l'on cherche à faire une incision purement évacuatrice, donc relativement petite, qui n'intéressera pas les tissus sains. L'incision faite, il y aura avantage à faire des applications de compresses imbibées de sérum ou d'un vaccin antistaphylococcique. On pourra aussi, suivant la technique précédemment décrite de Låwen, faire une infiltration périfocale avec du sang pris au pli du coude du sujet.

La technique qui nous paraît la meilleure est celle du Professeur Chavannaz.

FURONCLE MALIN SANS THROMBO-PHLÉBITE DES SINUS CAVERNEUX.

Le traitement général est extrêmement important dans cette forme. Contre l'état infectieux on fera :

- la vaccinothérapie suivant la technique indiquée précédemment;
- des injections intraveineuses d'électrargol, de mercurochrome 220 (Harris);
- un abcès de fixation;
- de petites transfusions de sang répétées.

On soutiendra en même temps l'état général avec des toniques cardiaques, des injections sous-cutanées de sérum, des instillations rectales de sérum glucosé ou salé.

Localement, si la chose est possible, on fera, dans les formes anthracoïdes, l'excision dont nous avons indiqué la technique plus haut. Sinon on fera, avec ou sans incision préalable, l'infiltration périfocale des tissus avec le sang du malade, suivant la technique qu'emploie Lâwen et que nous avons déjà décrite. Si on a fait une incision, on tamponnera la plaie avec des mèches imprégnées de bouillon-vaccin de Delbet.

Quant à la ligature de la veine angulaire ou mieux sa section avec ligature des deux bouts, on la fera à l'anesthésie locale en se conformant aux indications raisonnables indiquées par Bailey, à savoir, quand l'œdème tend à progresser vers l'angle interne de l'œil et qu'en même temps la température s'élève.

✓ FURONCLE MALIN AVEC THROMBO-PHLÉBITE DES SINUS CAVERNEUX.

La complication prend le premier rang. On traitera le furoncle comme dans la forme précédente. La ligature de la veine angulaire est inutile.

Le traitement de la phlébite constituée est très décevant. Le traitement général (transfusion de sang, vaccinothérapie et surtout protéinothérapie, pour Leriche) paraît le plus indiqué, mais il n'a que peu d'influence. L'ouverture et le drainage des sinus caverneux est difficile, dangereux et le plus souvent inefficace. « L'opportunité du traitement chirurgical des thrombo-phlébites du sinus caverneux apparaît des plus problématiques. Etant donné leur pronostic, on est en droit d'entreprendre des opérations graves et décourageantes. » (Tavernier.)

Trois voies d'accès ont été préconisées :

1°. La voie temporo-sphénoïdale, recommandée par Robineau dans sa thèse (Paris, 1898), identique à la voie d'accès du ganglion de Gasser;

2° La voie transorbitaire, proposée par Langworthy dans le *Laryngoscope*, en 1906. Découverte de la paroi interne de l'orbite (l'œil étant récliné en dehors), ouverture de la fosse

nasale, ablation de l'ethmoïde, ablation de la paroi antérieure du sinus sphénoïdal, trépanation de sa paroi supéro-externe en contact avec le sinus caverneux qu'on ouvre.

Drainage par le nez.

3° Voie transmaxillo-nasale, décrite par Got en 1917, dans la *Revue de laryngologie, d'otologie et de rhinologie*, avec « trépanation large de la base du crâne, portant à la fois sur le fond de la cavité orbitaire et la paroi externe du sinus sphénoïdal. Drainage par le nez ».

IX

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur CHAVANNAZ.)

Anthrax de la lèvre supérieure.

Mme X..., 45 ans, est prise d'un furoncle de la lèvre supérieure qui bientôt vient à présenter un caractère anthracôïde. Elle est traitée par des pansements et la vaccination locale, mais la fièvre s'allume et les douleurs vont en augmentant, et, à la fin du troisième jour, nous sommes appelé près de la malade par le médecin traitant.

La tuméfaction tient toute l'étendue de la lèvre, qui a au moins triplé d'épaisseur; la peau est rouge, violacée, et on distingue plusieurs petites élevures qui signalent la nature anthracôïde du mal. La douleur est vive. L'infiltration des tissus arrive jusqu'au niveau des ailes du nez en empiétant un peu sur les joues. Il n'y a pas d'œdème au niveau de la terminaison de la faciale, pas de retentissement ganglionnaire. Le thermomètre marque 38°4.

Mme X... est une femme de bonne constitution; ses urines ne contiennent pas de sucre.

Le 5 février 1927, à 8 heures du soir, en raison de l'urgence, l'intervention est pratiquée. Sous anesthésie générale, incision le long du bord libre de la lèvre, dédoublant celle-ci suivant son épaisseur. On rencontre, chemin faisant, de petits foyers de pus épars qui sont ainsi largement ouverts. Cautérisation discrète au thermocautère des deux plans de la plaie; une mèche de gaze imbibée d'eau oxygénée sépare ceux-ci. Un pansement protecteur est placé, couvrant toute la partie supérieure du visage.

Les jours suivants, la plaie se déterge rapidement. Au deuxième

jour, l'œdème qui encadrait le nez disparaît. La cicatrisation est obtenue au bout de trois semaines.

Actuellement, on ne trouve comme traces de la maladie qu'une cicatrice invisible quand les lèvres sont en contact et une petite dépression cutanée sur la partie moyenne droite de la lèvre supérieure.

OBSERVATION II (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur CHAVANNAZ.)

Furoncle anthracoïde de la lèvre inférieure.

Mme X., 32 ans, prise depuis une semaine d'accidents furonculoux siégeant sur la lèvre inférieure, au voisinage de la commissure gauche. Devant la marche envahissante des accidents malgré l'application de pansements antiseptiques, le médecin traitant a fait, le 2 novembre 1927, une incision en croix d'environ 2 centimètres de côté, au centre même du mal, mais celui-ci a continué à progresser et, quand nous voyons la malade, il existe une tuméfaction œdémateuse tenant les trois quarts de la lèvre inférieure, remontant au-dessus de la commissure gauche dans l'épaisseur de la joue presque jusqu'à la hauteur de l'arcade zygomatique et, d'autre part, descendant jusque dans la région sus-hyoïdienne et masquant ici le relief normal du maxillaire inférieur.

Mme X., est une femme peu vigoureuse. Elle se présente avec des accidents de bronchite datant de quelques semaines. La température est de 38 degrés; il n'y a pas de sucre dans les urines.

Le 4 novembre, dès l'arrivée de la patiente à la maison de santé, sous anesthésie générale, incision au bistouri dédoublant largement la lèvre inférieure et la commissure gauche. Pour poursuivre le dédoublement jusque dans la région sus-hyoïdienne et contourner le maxillaire inférieur, on abandonne le bistouri et on le remplace par la pointe des ciseaux. Thermo-cautérisation discrète des deux plans; application d'une mèche de gaze. Le lendemain, l'amélioration est déjà manifeste en ce qui concerne la lèvre et la joue; par contre, la tuméfaction de la région sus-hyoïdienne persiste.

Le 6 novembre, une longue pince est introduite dans la plaie et,



Mme X., observation I.

sur son extrémité faisant saillir la peau de la région sus-hyoïdienne, une contre-ouverture est pratiquée au bistouri. Un drain en caoutchouc est attiré dans la plaie. L'amélioration devient rapide, la cicatrisation se fait rapidement; toutefois, l'état général reste longtemps précaire, la bronchite persiste avec une fièvre modérée et l'œdème de la région sus-hyoïdienne est long à disparaître.

Actuellement, la cicatrice est régulière; toutefois, on voit encore celle qui signe le passage du drain et aussi, beaucoup plus apparente, celle qui a succédé à l'incision cruciale du début.

OBSERVATION III (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur GUYOT.)

Anthrax de la lèvre supérieure.

Mlle W..., 19 ans, se présente à la consultation de M. le Professeur Guyot avec un gros œdème de la lèvre supérieure, qui est très augmentée de volume. L'œdème s'étend sur la joue droite et aux deux paupières de l'œil droit, qui est à moitié occlus.

Sur la lèvre supérieure, un peu à droite de la ligne médiane, il existe une petite surface rouge foncé, au niveau de laquelle s'ouvrent deux ou trois pertuis au fond desquels se voient des bourbillons et qui imposent le diagnostic d'anthrax. Le doigt, introduit dans le vestibule buccal, permet d'apprécier l'épaississement considérable de la lèvre supérieure et l'induration des tissus, plus marquée au niveau de la petite plaque rouge déjà signalée. La malade est fatiguée par un long voyage qu'elle vient de faire et a un mauvais état général. Température : 38°2.

Intervention immédiate. Sous anesthésie générale au mélange de Schleich, on fait une excision en losange des tissus inflammatoires qui permet d'enlever l'anthrax comme une tumeur. Cette excision s'accompagne d'un abondant écoulement de sang. On ne fait pas d'hémostase. Pansements humides chauds à l'eau oxygénée. Guérison en quinze jours. Il est à noter qu'il ne reste qu'une cicatrice minime par rapport à l'importance de l'anthrax et à l'étendue de l'excision.

OBSERVATION IV (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé JEANNENEY.)

Furoncle de la lèvre supérieure.

M. G..., 62 ans, voit apparaître, le 6 octobre 1928, au niveau de sa lèvre supérieure, à gauche de la ligne médiane, un petit bouton dont il ne s'inquiète pas. Le lendemain matin, au réveil, il s'aperçoit que toute sa lèvre est augmentée de volume et que sa joue est enflée jusqu'à la paupière inférieure gauche. Le médecin appelé constate qu'il a une température de 38°5 et lui ordonne des applications de compresses humides chaudes.

Le 9 octobre, on applique cinq pointes de feu. Aucune amélioration et, le 13 octobre, neuf jours après le début, le malade est vu par le Docteur Jeanneney, qui intervient le jour même. La lèvre supérieure est très augmentée de volume, éversée. Sur la moitié gauche, au-dessous de l'aile du nez, se trouve un petit pertuis entouré d'une zone inflammatoire dure et très douloureuse. Le malade paraît en mauvais état et a une température voisine de 39 degrés. Sous anesthésie générale, incision cutanée parallèle au pli naso-génien, par laquelle s'écoulent de la sérosité et du sang. On prélève un peu de cette sérosité dans le but de faire préparer un auto-vaccin. Pansement humide chaud. Les jours suivants, sous l'influence des pulvérisations et des injections de vaccin Delbet, la température baisse et l'état général du malade s'améliore. On fait ensuite des injections sous-cutanées d'auto-vaccin, Staphylocoque pur. La lésion guérit assez rapidement et le malade part chez lui vingt-deux jours après.

Le 24 novembre, la température remonte à 39 degrés, alors que la lésion de la lèvre est depuis longtemps cicatrisée. Le malade se plaint de souffrir au niveau de sa région trochantérienne droite. Les jours suivants, apparaît un peu d'empâtement à ce niveau et, le 26, c'est-à-dire quarante et un jours après l'incision du furoncle, on est obligé d'inciser un abcès de cette région, abcès à staphylocoques, métastase du furoncle de la lèvre auquel on applique le même traitement.

OBSERVATION V (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé JEANNENEY.)

Furoncle de la lèvre supérieure.

Une jeune fille de 20 ans a vu apparaître, au cours d'une convalescence de grippe grave, au niveau de la lèvre supérieure, près de la commissure gauche, un petit furoncle qui a été traité par l'application de pansements humides chauds. Les tissus inflammatoires péri-furonculeux augmentant d'étendue et l'état général étant inquiétant, la malade est adressée à la Clinique Tivoli. A ce moment, elle présente une grosse masse inflammatoire au niveau de la commissure gauche de la bouche. L'œdème a envahi toute la joue gauche et les deux paupières de l'œil du même côté. On ne note pas d'exophtalmie. La palpation de la région carotidienne gauche révèle l'existence de gros ganglions inflammatoires douloureux. Etat général mauvais, avec température de 39°5. Intervention immédiate : sous anesthésie générale, on fait une incision cutanée de débridement par laquelle il s'écoule du sang et de la sérosité. Autour et dans la masse inflammatoire, on fait des pointes de feu profondes. Pansement humide chaud.

Hémorragie dans la nuit suivante. Délire. La température s'élève à nouveau le lendemain dans la matinée. OEdème considérable de la face. Prostration. Adynamie. Le Professeur Chavannaz, appelé en consultation, trouve la malade dans un état préagonique. Décès quelques heures plus tard.

CONCLUSIONS

I. — Les furoncles de la lèvre supérieure sont des affections graves, non tant par elles-mêmes que par les complications qu'elles peuvent entraîner.

II. — Ces complications sont le fait de cette localisation spéciale du mal et s'expliquent par la texture de la lèvre supérieure, la richesse de sa vascularisation et l'anastomose qui, par la veine angulaire, réunit le plexus veineux facial et le sinus caverneux.

III. — Ce sont ces complications qui permettent de considérer deux formes évolutives du furoncle ou anthrax de la lèvre supérieure; le furoncle bénin d'une part, le furoncle malin d'autre part.

IV. — Dans la majorité des cas, on trouve à l'origine de l'apparition de ces complications un traumatisme du foyer inflammatoire : manœuvres maladroites du malade (grattage, expression), ou un traitement irrationnel. C'est dire l'importance du choix et de l'application du traitement. Il doit être le moins traumatisant possible pour éviter les complications et autant que possible donner un résultat esthétique.

V. — Pour qu'il soit le moins traumatisant possible, il faut éviter toute manipulation du foyer inflammatoire et inciser, non pas par principe, dans tous les cas, mais seulement quand l'incision est indiquée.

VI. — Les incisions les plus esthétiques sont celles qui sont faites par la voie muqueuse. L'incision par la face interne de la lèvre a l'inconvénient de laisser le pus s'écouler dans la cavité buccale. L'incision sur le bord libre de la lèvre, suivant la technique du Professeur Chavannaz, est aussi esthétique que la précédente et a l'avantage de drainer le pus à l'extérieur.

VU : POUR LE DOYEN,

L'Assesseur,

HENRI VERGER.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

G. CHAVANNAZ.

VU ET PÉRMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 13 mars 1929.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- ARNOZAN et LANDE. — Deux cas d'anthrax guéris par les injections sous-cutanées d'eau phéniquée. *Journal de médecine de Bordeaux*, 21 avril 1889.
- BAILEY. — Ligature of the angular vein in facial carbuncle. *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, mars 1928, p. 565.
- BOUGAN. — Du rôle du staphylocoque dans la pathogénie de l'anthrax et de ses complications. Thèse de Paris, 1891-1892.
- BROCA. — *Bulletins et mémoires de la Société nationale de chirurgie*, 1865, p. 447.
- BRODIE. — *Lectures in pathology and surgery*, Londres, 1846, p. 339.
- BUXTON. — *London medical reposition*, 1820, t. XIV, p. 539.
- CHABBERT. — Contribution à l'étude de l'anthrax des lèvres, complications, traitement. Thèse de Paris, 1877.
- DANIELOPOLU. — Anthrax des muqueuses. Thèse de Paris, 1868.
- DELBET. — *Journal des praticiens*, 22 sept. 1923, n° 38, p. 616.
- DENHAEVRE. — Un cas mortel d'anthrax de la lèvre supérieure traité par incision et sérothérapie. *Archives médicales belges*, 1899.
- DENUCLÉ. — *Congrès de médecine de Bordeaux*, 1865, 3^e journée.
— Article « Furoncle », in *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. XV, p. 528.
- DURREUL. — Cas de phlébite faciale. *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1863.
- DULONT. — Etude sur les infections furoncleuses et leur traitement. Thèse de Paris, 1899.
- DUPRAZ. — Un cas d'anthrax grave de la lèvre supérieure traité par le sérum de Marmoreck. Guérison. *Archives provinciales*, 1900.
- DUPUYTREN. — Cliniques.
- FAURE (Jean-Louis). — In *Traité de pathologie externe* (Le Dentu et Delbet). *Maladies chirurgicales de la peau*, t. II, p. 18.

- FOLLIN. — Traité de Pathologie externe.
- GUÉRIN. — Article « Anthrax », dans le *Nouveau Dictionnaire pratique de médecine et de chirurgie*, 1863.
- GRUCA. — Sur le traitement des furoncles de la face, *Zentralblatt fur Chirurgie*, t. LI, n° 30, 26 juill. 1924, p. 1619.
- HARRIS. — Furoncle du nez, septicémie guérie par des injections de mercurochrome. *The Journal of the American Medical Association*, vol. LXXXV, n° 25, déc. 1925, p. 1967.
- HARWEY LUDLOW. — *Trans. of Aberneth. Soc.*, sept. 1832.
- HINZE. — Contribution au traitement des infections pyogènes de la face par l'auto-hémothérapie. *Zentralblatt fur Chirurgie*, t. LIII, n° 16, 17 avril 1926, p. 987.
- Nouvelle contribution au traitement des processus pyogènes de la face par l'autohémothérapie. *Zentralblatt fur Chirurgie*, t. LIV, n° 4, 22 janv. 1927, p. 200.
- HOFFMANN (Francfort sur le Mein). — Le furoncle de la face et son traitement. *Archiv. fur klinische Chirurgie*, t. CXXIII, 15 mars 1923, p. 51.
- JUNKERMANN. — Traitement médical des furoncles et anthrax. *Munchester medizinische wochenschrift*, t. LXXIII, n° 14, 2 avril 1926, p. 563.
- LABATTU. — Article « Lèvre » in *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. XX.
- LAUWEN. — Sur le traitement des processus pyogènes extensifs de la face par l'incision et l'autohémothérapie, *Zentralblatt fur chirurgie*, t. L, n° 26, 30 juin 1923, p. 1018.
- Sur le traitement des furoncles malins de la face par l'incision et l'injection circonvoisine du propre sang du malade, *Zentralblatt fur Chirurgie*, t. L, n° 39, 29 sept. 1923.
- L'autohémo-infiltration suivie d'incision dans le traitement des suppurations progressives de la face et de la nuque. *Zentralblatt fur Chirurgie*, t. LI, n° 38, 20 déc. 1924, p. 2076.
- LECÈNE. — In *Précis de pathologie chirurgicale*, édit. 1924, t. I, p. 329.
- LECÈNE. — In *Thérapeutique chirurgicale* (Lecène et Leriche), t. II, p. 86.

- LEDENTU. — *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1863, p. 326.
- MELCHIOR. — Traitement des furoncles de la face. *Brun's berträge zur klinische chirurgie*, t. CXXXV, cahier 4, 1926, p. 681 et 696.
- MORESTIN. — In *Traité de pathologie externe de Le Dentu et de Delbet. Affections chirurgicales de la face*, t. XV, p. 179.
- NADAUD. — Furoncles de la face. Thèse de Paris, 1864.
- NICOLAS, GATE et DUPASQUIER. — L'autohémothérapie dans la furonculose. *Lyon chirurgical*, n° 5, sept.-oct. 1923.
- PAGET (sir James). — *Clinical lectures and essays*, 1862, p. 374.
- PRICE. — Traitement des infections de la face. *Annales of surgery*, t. LXXXV, n° 3, mars 1927, p. 329.
- PROUT. — On the nature and treatment of stomach and urinary disease, Londres, 1840..
- RAIGA. — Traitement des furoncles et des anthrax par le bactériophage de d'Hérelle. *Presse médicale*, 9 févr. 1929, p. 187.
- RAMOND (Louis). — Erysipèle de la face ou furoncle du nez ? Discussion diagnostique. *Presse médicale*, 25 avril 1928, t. II, n° 68, p. 1083.
- RATHERY et RUDOLF. — Un cas de staphylococcie à type érysipéloïde. *Société médicale des hôpitaux de Paris*, 1928, p. 1369.
- REVERDIN. — Recherches sur les causes de la gravité particulière des anthrax de la face. *Archives générales de médecine*, 1870, t. I, p. 641, et t. II, p. 24 et 147.
- REYET. — Incision chimique des furoncles graves de lèvre supérieure. *Société suisse de chirurgie*.
- RICHARD. — Sur l'opération de l'anthrax. *Gazette des hôpitaux*, 1866.
- RIEDER. — Neue woge zur karbunkelbehandlung, *Deutch Zeitschrift fur chirurgie*, 1923, p. 300.
- ROBINEAU. — Thèse Paris, 1898.
- ROEDELIIUS. — Sur la question du traitement des furoncles progressifs de la face. *Zentralblatt fur chirurgie*, t. L, n° 26, 30 juin 1923, p. 1024.
- Sur le furoncle malin de la lèvre supérieure. *Klinische Wochenschrift*, 20 déc. 1923.

- SEIFERT. — Traitement du furoncle des lèvres et de la face. *Die therapie der Gegenwart*, t. XXVIII, 3^e cahier, mars 1926, pp. 116 et 121.
- SÉNÈQUE. — Traitement des furoncles de la lèvre supérieure. *Presse médicale*, 1927, t. II, n^o 59, p. 925.
- STANLEY et LLOYD. — *The Lancet*, 1851, p. 106.
— *The Lancet*, 1852, p. 174.
- TAVERNIER. — Traitement chirurgical des phlébites du sinus caverneux. *Lyon chirurgical*, déc. 1909, p. 790.
- THOMAS-SMITH. — Clin. Soc. Trans., t. III.
- TRELAT. — *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1865.
— Article « Anthrax », in *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, 1866, t. V.
- TRUDE. — Schmidt's fahrbücher, 1860 et 1862.
- VERNEUIL. — Anthrax des lèvres et des muqueuses. *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1868, p. 724.
- VERNHOLES. — Quelques remarques sur le traitement des furoncles et des anthrax de la face. Thèse de Paris, 1927.

